

19589 W. 13

Lane Medical Library

(Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.
Director: Herr Geheimrat Prof. Dr. Olshausen.)

322 Fälle von Placenta praevia.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 5. December 1902

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Gustav Striepecke

aus Mengerlinghausen

praktischer Arzt zu Berlin.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Schaefer.

- Dr. med. A. Dëus.

- Dr. med. Gutbrod.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. Olshausen.

Dem Andenken meiner Eltern.

Die Geburtskomplikation durch Placenta praevia, die zu jeder Zeit seit ihrer Entdeckung das ärztliche Interesse in hohem Masse beschäftigte, ist in neuester Zeit wieder vielfach erörtert worden, indem neue Vorschläge bezüglich der Therapie derselben von verschiedenen Seiten gemacht wurden.

Ohne auf die Frage der Therapie zunächst näher einzugehen, sei mir in folgendem gestattet, eine Übersicht über 322 Fälle von Placenta praevia zu geben, welche in der unter dem Direktorat des Herrn Geheimrats Olshausen stehenden Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin zur Behandlung kamen, und zwar aus einer Gesamtgeburtssziffer von 16 314. Es handelt sich ausschliesslich um klinisches Material, und es erstrecken sich die Fälle vom 1. Oktober 1887 bis zum 1. Oktober 1901.

Bei 16 314 Geburten mit 322 Praeviafällen entfallen auf 100 Geburten ca. 2 Fälle von Placenta

praevia (genau gerechnet ein kleiner Bruchteil weniger). Dieser verhältnismässig hohe Prozentsatz, der allerdings die von Schwarz¹⁾ angegebene Zahl — auf 1564 Geburten 1 Praeviafall — weit übertrifft, ist wohl leicht daher erklärlich, dass wo klinische Hülfe zu haben ist, solche komplizierte Geburtsfälle, wie Placenta praevia, doch fast stets der Klinik zur Behandlung eingeliefert werden. Wir werden diesen Punkt übrigens später nochmals berühren.

Unterscheiden wir nun nach dem Sitze der Placenta, so haben wir unter 322 gefundenen Fällen

104 Fälle mit Plac. praev. centralis

164 - - - - - lateralis

41. - - - - - *marginalis*

und 13 - - - - - unbestimmtem Sitz der
Placenta,

d. h. also:

die Plac. praev. centralis erschien in 32,29%

- - - lateralis - - 50,9 -

- - - marginalis - - 12,7 -

unbestimmt - 4,1 -

Was nun das Alter der Gebärenden anlangt, so finden wir von den 322 Patientinnen mit Placenta praevia:

unter	20 Jahren:	6
	20—30 Jahre:	117
	30—35	- 86
	35—40	- 72
	40—45	- 37
	45—48	- 2
	unbestimmt	2

In Prozenten ausgedrückt, bedeutet dies:

bei	6	=	1,9 %
-	117	=	36,3 -
-	86	=	23,0 -
-	72	=	22,3 -
-	37	=	11,2 -
-	2	=	0,6 -
-	2	=	0,6 -

Unter den 322 Geburten mit Placenta praevia befanden sich

I	parae:	46
II	-	58
III	-	46
IV	-	29
V	-	32
VI	-	15
VII	-	22

VIII	parae:	11
IX	-	13
X	-	16
XI	-	7
XII	-	13
XIII	-	6
XIV	-	1
XV	-	3
XVI	-	0
XVII	-	3
XIX	-	1

Das bedeutet also als Prozentsatz der Primiparen 12,7 %.

Da die höchsten Zahlen von Praeviafällen sich bei II paren findet, und annähernd dieselbe Zahl bei III par. gefunden wird, worauf dann die Zahlen nach der Menge der Geburten sehr schnell abnehmen, so muss man annehmen, wenn sich auch bei der Zahl 46, die wir bei den Erstgebärenden finden, ein sicherer Schluss aus dieser Statistik nicht ziehen lässt, dass, wie auch in Olshausens²⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe angegeben wird, 2 schnell auf einander folgende Geburten den Sitz der Placenta praevia begünstigen. Denn es findet sich in den Journalen:

eine 29 jährige VIII para

- 30 - XIII -

- 30 - IX -

- 39 - XVII -

- 41 - XVII -

- 44 - XVII -

- 32 - XII -

- 33 - XII -

- 33 - XIII -

- 41 - XIX -

Alle diese geben ihren Prozentsatz an unsere Fälle von Placenta praevia ab.

Jetzt ist auch die Frage zu erwägen, ob das Alter der Gebärenden etwas beiträgt zur Entstehung der Placenta praevia. In unserer Statistik beträgt das Durchschnittsalter der Mütter 30 Jahre, mit durchschnittlich 2 Geburten. Die älteste Frau war 48 Jahre alt, bei dreien betrug das Alter unter 20 Jahre; es war

eine 17 jährige I para

- 18 - III -

- 19 - II -

Nehmen wir nun das 35. Lebensjahr als den Grenzpunkt, jenseits dessen nur noch wenige Frauen niederkommen, so finden sich in unserer Statistik noch

113 Frauen, welche älter sind, also beinahe 30 %, das heisst also ungefähr ein Drittel sämtlicher Frauen, die in einem für die Niederkunft ungewöhnlichen Alter stehen, mit Placenta praevia. —

In 6 von unseren Fällen wiederholte sich bei derselben Frau die Placenta praevia; bei dreien zeigte sich Placenta praevia, nachdem bei einer vorhergehenden Geburt die Placenta manuell gelöst werden musste, und bei einer erschien Placenta praevia nach vorhergegangener starker Geburtsblutung. Es sind dies im ganzen 10 Fälle, oder für 322 Fälle 3,2 % Recidive. Man muss daher sagen, dass Recidive von Placenta praevia immerhin selten sind, wenn auch nicht vergessen werden darf, dass viele Frauen, die mit Placenta praevia geboren haben, nicht wieder gebären, oder aber aus Furcht vor einer erneuten schweren Geburt die Conception zu verhüten suchen. Dazu kommen dann noch die Todesfälle nach Placenta praevia, ausserdem diejenigen Fälle natürlich, die sich aus irgend welchen weiteren Gründen der Beobachtung entziehen.

Es erhellt hieraus, dass der angegebene Prozentsatz von Recidiven der Placenta praevia nur ungenau sein kann und bleiben muss.

Es wäre nun die Frage zu beleuchten, in welcher Lage die Kinder in den von uns angeführten Fällen von *Placenta praevia* geboren sind.

Wir finden bei 322 Fällen:

Schädellagen	221
Querlagen	57
Beckenendlagen	32
unbestimmt	12.

Hier muss die Häufigkeit der Querlagen ins Auge springen. Da wir ja bei unseren Fällen nur 46 *Iparae* haben, so erweist sich das häufigere Vorkommen von Querlagen bei Pluriparen als eine Anomalie, welche naturgemäss durch die grössere Schlaffheit des Uterus nach mehrmaligen Geburten erklärlich erscheint. Hinzurechnen müssten wir noch, dass die vorliegende Nachgeburt zur Querlage das ihrige hinzuthut, weil sie ja den Kopf verhindert, sich in das kleine Becken zu stellen. Ausserdem darf die feststehende Beobachtung nicht ausser Acht gelassen werden, dass in vielen Fällen noch kurz vor der Geburt sich eine Querlage in eine Schädel- oder Beckenendlage umwandelt.

Wodurch tritt nun die *Placenta praevia* in die Erscheinung? Wie Veit²⁾ dies präzisiert: Einzig

durch die Blutung. Wir müssen nun bei Placenta praevia verschiedene Grade der Gefährlichkeit berücksichtigen, die durch den Sitz bedingt und durch die Blutung gekennzeichnet werden.

Welchen Aufschluss finden wir nun in unserer Statistik über den Beginn und die Stärke der Blutung bei centralem Sitz der Placenta?

Die ersten Blutungen traten auf im

II. Monat	2 mal
III. -	2 -
IV. -	1 -
V. -	4 -
VI. -	7 -
VII. -	9 -
VIII. -	16 -
IX. -	22 -
X. -	2 -

In 38 Fällen war nichts über die Blutung angegeben. Es traten also in der ersten Hälfte der Gravidität neun Blutungen auf, bei 56 Frauen blutete es in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, d. h. es bluteten 17% in der ersten Hälfte der Gravidität und 83% in der zweiten Hälfte.

Eine Frau mit Placenta praevia blutete während der ganzen Gravidität. Eine der Frauen wurde fast verblutet eingeliefert.

Der Beginn und die Stärke der Blutung bei Placenta praevia lateralis kennzeichnet sich wie folgt:

Es bluteten im:

II. Monat	0 mal
III. -	0 -
IV. -	1 -
V. -	2 -
VI. -	6 -
VII. -	26 -
VIII. -	31 -
IX. -	28 -
X. -	6 -

Bei zwei Frauen blutete es während der ganzen Schwangerschaft, bei zweien gar nicht, bei einer fast gar nicht. Bei 60 Fällen ist nichts näheres angegeben. Es bluteten also bei lateralem Sitz der Placenta in der ersten Hälfte der Gravidität nur 3%.

Wie verhält sich nun die Blutung bei marginalem Sitze der Placenta? Es traten die ersten Blutungen auf im:

V. Monat	1 mal
VI. -	0 -
VII. -	3 -
VIII. -	7 -
IX. -	7 -
X. -	0 -

Unbestimmt sind 23 Fälle. Es blutete in der ersten Hälfte der Gravidität keine Frau. Blutungen während der gesamten Zeit der Gravidität wurden bei keiner Frau bemerkt.

Somit sehen wird, dass Blutungen bei Placenta praevia centralis früher auftreten, als bei jedem anderen Grade von Placenta praevia; ebenso ist die Blutung bei Placenta praevia centralis am bedeutendsten.

Wenn man die Blutung bei Placenta praevia und den Geburtsbeginn betrachtet, so ist wohl anzunehmen, dass die erste Blutung durch Kontraktionen des Uterus beim Geburtsbeginn hervorgerufen ist. Bei Placenta praevia centralis trafen I. Blutung und Geburt zusammen:

im X. Monat	2 mal
- IX. -	17 -
- VIII. -	13 -

im VII. Monat 9 mal

- VI. - 4 -

- V. - 1 -

- IV. - 1 -

das heisst also 45,3%.

Bei lateralem Sitze der Placenta praevia trafen
I. Blutung und Geburt zusammen:

im X. Monat 5 mal

- IX. - 24 -

- VIII. - 29 -

- VII. - 21 -

- VI. - 2 -

das heisst in 49%.

Bei marginalem Sitze trafen I. Blutung und
Geburt zusammen:

im X. Monat 0 mal

- IX. - 7 -

- VIII. - 6 -

- VII. - 2 -

das heisst in 36%.

Für diejenigen Blutungen, die schon während der
Gravidität auftreten, und bei denen eine äussere Ver-
anlassung nicht nachgewiesen ist, ist für uns ein
sicherer Grund nicht erfindlich.

Bei 104 Fällen mit dem centralen Sitze der Placenta praevia, über die 91 Aufzeichnungen vorliegen, fand die Geburt statt

im X. Monat bei 3 Frauen

- IX.	-	-	38	-
- VIII.	-	-	23	-
- VII.	-	-	20	-
- VI.	-	-	4	-
- V.	-	-	2	-
- IV.	-	-	1	-

unbestimmt: 13.

Demnach beträgt die Anzahl der im X. Monat stattfindenden Geburten 3,3%.

Bei 164 Fällen von Placenta praevia lateralis, von denen 146 genau bezeichnet sind, fand die Geburt statt

im X. Monat bei 8 Frauen

- IX.	-	-	45	-
- VIII.	-	-	56	-
- VII.	-	-	31	-
- VI.	-	-	4	-
- V.	-	-	1	-
- IV.	-	-	1	-

unbestimmt: 18.

Demnach beträgt hier der Prozentsatz für die im X. Monat stattgehabten Geburten ca. 6 %.

Bei 41 Fällen von Plac. praevia margin., wovon 36 aufgezeichnet vorliegen, fand die Geburt statt:

im X. Monat bei 2 Frauen

- IX. - - 13 -

- VIII. - - 12 -

- VII. - - 8 -

- VI. - - 1 -

unbestimmt: 5.

Demnach lautet der Prozentsatz für die im X. Monat stattfindenden Geburten auf ca. 5 %.

Wir kommen infolgedessen zu folgendem Resultate:

Bei dem verschiedenen Sitze der Placenta praevia wird die Schwangerschaft weit häufiger unterbrochen, als ausgetragen, wenn wir auch zugeben müssen, dass in den meisten Fällen der IX. und VIII. Monat erreicht wird. Auch der VII. Monat giebt einen guten Teil an Geburten ab. Es erhellt daraus, dass bei Placenta praevia die schwangeren Frauen, oder deren Hebammen, durch die Blutungen beunruhigt, zum Arzt senden, der dann die Frau untersucht. Durch die Untersuchung werden eventuell Wehen ausgelöst, durch die Blutung ist der Muttermund gelockert und

erweitert, und das aktive Verfahren der Wendung alsdann genügend begründet. — Hofmeister³⁾ und Lorenz sind der Meinung, dass der höchste Prozentsatz von den im X. Monat stattfindenden Geburten bei Placenta praev. centralis sich finde, während die lateralen und marginalen Fälle seltener zu einem normalen Ende der Schwangerschaft führten. Unsere Statistik lehrt, dass dies nicht der Fall ist, und ebenso wenig entsprechen unsere Beobachtungen den Schlüssen, die jene gezogen haben, dass bei Plac. praev. centralis die Blutungen seltener sind, als bei der lateralis und marginalis. Gerade das Umgekehrte ist der Fall.

Wie wurde nun von ärztlicher Seite der Geburtsverlauf beeinflusst?

Das Hauptverfahren musste naturgemäss in der kombinierten Wendung bestehen, und zwar wurde dieselbe ausgeführt bei 104 Fällen von Plac. praev. centralis 91 mal. Was die Grösse des Muttermundes bei diesen Fällen anlangt, so fand die kombinierte Wendung statt

bei für 1 Finger durchgäng.	Mm.	25 mal
- - 2 - - -	-	39 -
- 5-Markstück grossem	-	29 -

bei handteller grossem Mm.	6 mal
- fast vollständig erweitertem	1 -
- nicht angegebener Grösse	4 -

In 46 Fällen wurde das exspektative Verfahren angewendet, in 45 Fällen an die Wendung die Extraktion geschlossen. 6 Fälle verliefen spontan, in 1 Falle musste die Perforation des Kindes vorgenommen werden, in 1 Falle trat Uterusruptur ein, in 5 Fällen wurde die Blutung durch den heruntergeholtten Fuss gestillt, worauf dann der spontane Verlauf eintrat.

Wie in den Centralfällen, so war auch bei den Lateralfällen das Hauptverfahren die kombinierte Wendung. Sie fand statt bei

für 1 Finger durchgäng. Mm. in 42 Fällen

- 2 - - -	- - 61 -
5-Markstück grossem	- - 34 -
handteller grossem	- - 13 -
fast vollständig erweitertem	- - 4 -
nicht angegebener Grösse	- 10 -

4 mal wurde die Zange angelegt, 11 mal der Fuss heruntergeholt, es trat 1 mal Uterusruptur ein, perforiert musste das Kind 1 mal werden, spontan erfolgte die Geburt 26 mal. Extrahiert wurden 42 Kin-

der und 69 mal das exspektative Verfahren angewendet.

Wenn wir den Verlauf der marginalen Fälle betrachten, so ergibt sich, dass unter 40 beschriebenen Fällen die kombinierte Wendung gemacht wurde bei

für 1 Finger durchgäng.	Mm.	8 mal
- 2 - - - -		13 -
5-Markstück grossem	-	12 -
handtellergrössem	-	5 -
fast vollständig erweitertem	-	2 -
nicht angegebener Grösse		1 -

Es wurde gemacht die kombinierte Wendung mit Zuwarten: 5 mal, mit Extraktion: 7 mal.

Spontan erfolgte die Geburt 25 mal, perforiert wurde das Kind 1 mal, unbestimmt sind 3 Fälle. Es muss naturgemäss hier die Höhe der Zahl bei spontaner Fruchtentwicklung auffallen. Immerhin ist das Material zu klein, um daraus die von anderer Seite gezogenen Schlüsse, dass bei marginaler Placenta praevia der Geburtsverlauf sich dem normalen näherte⁴⁾, bestätigen zu können.

Wie gestaltete sich nun die Lebensfähigkeit der Kinder bei dieser Komplikation der Geburt?

Wenn auch selbstverständlich der centrale Sitz der Placenta praevia das Leben des Kindes noch in höherem Masse gefährden muss, als der laterale und marginale, so bietet doch jede Placenta praevia die Gefahr, durch Verminderung der Sauerstoffzufuhr die Lebensfähigkeit des Kindes auf ein Minimum herabzusetzen. Es starben bei Plac. praevia centralis:

nicht lebensfähige Kinder . . . 11

lebensfähige Kinder 77

lebend geboren wurden 16

also eine Mortalität von 74 %.

Viel günstiger gestaltete sich das Verhältnis bei der Placenta praevia lateralis.

Es starben nicht lebensfähige . . . 6

- - - lebensfähige 96

lebend geboren wurden 44.

Also Mortalität = 59 %.

Bei der Placenta praevia marginalis starben:

lebensfähige Kinder 12

nicht lebensfähige Kinder 1

lebend geboren wurden 27.

Also Mortalität = 29 %.

Wir werden dieses Resultat später noch erwähnen und bei unserem Resumé darauf zurückkommen.

Wie stellt sich nun gegenüber dieser Mortalitätsziffer die Prognose der Mütter?

Wir dürfen sagen: sehr erfreulich, denn an den Folgen der Placenta praevia starben 10 Frauen, also nur 3,1 %.

Das Wochenbett verlief wie folgt:

27 Wöchnerinnen mit Placenta praevia centralis fieberten, also ca. 26 %.

38 Wöchnerinnen mit Placenta praevia lateralis fieberten, also ca. 24 %.

10 Wöchnerinnen mit Placenta praevia marginalis fieberten, also ca. 24,5 %.

Wir finden also, dass quoad Fieber die Prognose für die Mütter bei den Centrifällen sich ungefähr die Wage hält mit den Lateralfällen. Eine ähnliche Zahl zeigen auch die Marginalfälle, doch ist zu bedenken, dass die geringe Anzahl beobachteter Fälle dieser Art keinen positiven Schluss zulässt.

Rückblickend auf alles, was wir bislang angeführt, finden wir also, dass während der Zeit vom 1. Oktober 1887—1. Oktober 1901, d. h. also innerhalb eines Zeitraumes von fünfzehn Jahren, in der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin 16 314 Kreissende auf-

genommen wurden, bei denen sich 322 Fälle von Placenta praevia ergaben, d. h. also ein Prozentsatz von ca. 2 %. Wenn wir mit diesen Zahlen behaupten können, dass hier ein verhältnismässig recht hoher Prozentsatz vorliege im Vergleich zu anderen Gegenden unseres Vaterlandes, so darf auch nicht vergessen werden, dass bei der Berechnung von vielen Tausenden von Fällen die Prozente unter Umständen grosse Unterschiede aufweisen können, die durch Zufälligkeiten herbeigeführt werden. Ausserdem muss man annehmen, dass in der Reichshauptstadt die Frauen und ihre Familien, sowie auch die Hebammen durch ihre Ausbildung viel eher in der Lage sind, die Gefahr einer pathologischen Geburt zu beurteilen. Demgemäss werden hier mehr Fälle in den Kliniken zur Beobachtung kommen, als anderswo, so dass der Widerspruch, den die höhere Prozentziffer kennzeichnet, allein schon darin einigermaßen eine Erklärung findet.

Wenn wir behauptet haben, dass 2 schnell auf einander folgende Geburten den pathologischen Sitz der Placenta begünstigen, so ist dies bei näherer Überlegung wohl begreiflich, denn eine Frau, deren Endometrium kaum Zeit hat, nach der Geburt sich zum Normalen zurückzubilden, wird, wenn sie von neuem

empfängt, viel eher die Wahrscheinlichkeit darbieten, den fehlerhaften Sitz des Mutterkuchens zu begünstigen.

Nun zu der umstrittenen Frage, wie stellt sich der Arzt zu dem Factum der konstatierten Placenta praevia? Welche Möglichkeit giebt ihm die medicinische Lehre, um eine möglichst gute Prognose für Mutter und Kind herbeizuführen? Die Hauptfrage wird immer die sein: Wissen wir, ob ein lebensfähiges Kind entwickelt wird, oder nicht? Der alte Satz des heiligen Ambrosius: „*ni alteri subveniri potest, nisi alter laedatur, commodius est, neutrum juvare*“, findet hier natürlich keine Anwendung, denn das Wertvollere ist, das Leben der Mutter zu erhalten, zumal es unter den gegebenen Verhältnissen sehr schwer ist, genau zu wissen, ob das Kind lebensfähig sein wird. Es würde eine Grausamkeit bedeuten, lieber Mutter und Kind umkommen zu lassen, als ein Leben auf Kosten des andern zu retten. Wenn man natürlich auch nicht so weit gehen darf, wie der, der behauptet, „man muss den Mut haben, das Kind sterben zu lassen“! Die heutige medicinische Welt steht ja in ihren Wünschen so erhaben über derartig krassen Aussprüchen, dass sie immer versucht wird, von allen Übeln das kleinste zu wählen.

Was giebt uns nun die moderne Geburtshilfe an die Hand, um die eben geschilderten Schwierigkeiten zu überwinden? Man hat vorgeschlagen, der Placenta praevia mit dem Metreurynter ihre Gefahren, soweit wie möglich, zu nehmen. Es sei uns gestattet, in kurzem die Vorzüge und Nachteile dieses Verfahrens zu kennzeichnen. Der eine Vorschlag, den Metreurynter in die Eihöhle zu legen, bedeutet wohl, selbst bei vollständigem Beherrschen und Glücken der Antisepsis, eine grössere Gefahr, als das Einlegen des Metreurynters mit Schonung der Eibläse. Wie stellt sich nun die Frage, soll man überhaupt zur Metreuryse greifen, oder nicht. Man kann, unserer Ansicht nach, noch keine ganz befriedigende Antwort darauf geben, denn es ist nicht nachgewiesen, dass die Prognose durch die Anwendung des Metreurynters eine absolut siegreiche sei. Zimmermann⁵⁾ hat aus der Greifswalder Universitäts-Klinik ausführlich über die Anwendung des Metreurynters berichtet und macht recht günstige Resultate namhaft, aber aus seinen detaillierten Ausführungen geht auch zur Evidenz hervor, dass ganz enorme Anforderungen an die Technik des Operierenden gestellt werden müssen, um den glücklichen Erfolg wahrscheinlich zu machen,

und dass überhaupt wohl nur für die Klinik die Metreuryse in Frage kommt. Es ist nach den genannten Ausführungen kaum zu erwarten, dass die Metreuryse für den praktischen Arzt ein Hilfsmittel in seinem Berufe werden wird, und doch wäre es wohl das erstrebenswerteste Ziel unserer Wissenschaft, hier ein Hilfsmittel zu finden, das jeder praktische Arzt, auch ohne Specialist zu sein, jederzeit zur Anwendung bringen kann. Die Erfolge, die Zimmermann namhaft macht, sind ja recht schön (6,03 % Mortalität der Mütter, 62,07 % der Kinder lebend); sie übertreffen weit die Mitteilungen von F. Siebert⁶⁾ aus derselben Klinik, der vor einigen Jahren bei einer Statistik von 24 Fällen einen Mortalitätsprozentsatz von 16,8 für die Mütter hatte. Veit sagt über die Metreuryse: „Da das Kind meist nicht reif ist, und die Metreuryse gerade bei Placenta praevia uns mehrfach im Stich liess, glauben wir nicht, dass die Metreuryse hier allgemeine Anwendung verdient; bei reifem, sicher lebendem Kind wird man natürlich die Metreuryse unter günstigen Umständen versuchen dürfen.“

Wie stellt sich der Erfolg bei der bisher geübten Form der Geburt ohne Metreurynter, d. h. durch kom-

biniierte Wendung? Unsere Zahlen beweisen ganz deutlich, dass die in hiesiger Königlichcr Universitäts-Frauenklinik geübte Methode, bei Plac. praevia die kombinierte Wendung zu machen, allen anderen Versuchen, eine günstige Prognose herbeizuführen, nicht nachsteht, ja sogar die Leistungen mit den an anderen Kliniken vorgeschlagenen Methoden übertrifft, und wenn es auch nur 3 % sind, die wir an Müttern mehr gerettet haben, als die statistische Übersicht Zimmermanns über die Anwendung der Metreuryse nachweist, so glauben wir damit ebenso zufrieden, wenn nicht zufriedener sein zu dürfen, als wenn wir eine Mütter-Mortalität von 6,03 % und 62,07 % gerettete Kinder hätten. P. Strassmann⁷⁾, der ausführlich über die Resultate bei Placenta praevia in der Charité berichtet hat, mahnt zum Schluss seiner Arbeit, wenn möglich die äussere Wendung, sonst die kombinierte Wendung auszuführen. Tamponade und Metreuryse haben seiner Ansicht nach nur wenig Einfluss auf die Mortalität der Kinder. Ich erwähne ferner die Angaben, die R. Chrobak⁸⁾ in seinen Berichten aus der II. geburtshülflich-gynäkol. Klinik zu Wien macht. Es sind dort beschrieben 1897 von Doranth 216 Fälle von Placenta praevia. Die Mortalität der Mütter be-

trug 9,3 ‰. Ferner hat dort 1902 Dr. Klein 138 Fälle von Placenta praevia dargelegt. Die Mortalität der Mütter betrug 9,4 ‰.

Ich will nicht verfehlen, noch der Statistik von Pohl zu gedenken, der 467 poliklinische Fälle von Plac. praevia aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin (aus den Jahrgängen 1888—1897 inkl.) beschrieb, und der eine Mortalitätsziffer für die Mütter von 3,8 ‰ fand.

So müssen wir denn zu dem Schlusse kommen, dass nach dieser Statistik für uns kein zwingender Grund vorliegen dürfte, das von Olshausen befolgte Verfahren der kombinierten Wendung bei Placenta praevia zu verlassen.

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Olshausen für die gütige Überlassung des Materials zu dieser Arbeit, sowie Herrn Dr. Gutbrod, Assistenzarzt der Königlichen Universitäts-Frauenklinik, für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Schwarz, M. f. Geb. Bd. VIII, S. 108.
 2. Olshäusen-Veit, Lehrb. d. Geburtsh. S. 620—627.
 3. Hofmeister, Diss. inaug. Strassburg 1890.
 4. Pohl, Diss. inaug. Berlin 1898.
 5. Zimmermann, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. Bd. XVI.
 6. F. Siebert, Diss. inaug. Greifswald 1898.
 7. P. Strassmann, Archiv f. Gyn. u. Geb. 1901.
 8. R. Chrobak, Berichte aus der II. geburtsh.-gyn. Klinik zu Wien.
 - a) 1897. Statistisches über Placenta praevia von Doranth, 216 Fälle von Placenta praevia.
 - b) 1902. Dr. Klein, 138 Fälle von Placenta praevia.
-

Thesen.

I.

Für den praktischen Arzt ist bei Placenta praevia das geeignetste Verfahren die kombinierte Wendung.

II.

Die digitale Ausräumung von Placentarresten ist derjenigen mit der Curette vorzuziehen.

III.

Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen ist empfehlenswert.

Lebenslauf.

Gustav Striepecke, evangelisch, ehelicher Sohn des verstorbenen Oberförsters Gustav Striepecke, geboren zu Mengerlinghausen den 17. Dezember 1864. Reifezeugnis vom Archigymnasium zu Soest. Studium der Theologie von Ostern 1883 bis Ostern 1886 in Göttingen und Marburg. Erste theologische Staatsprüfung im Sommer 1887 bestanden. Von Oktober 1887 ab Pfarrverweser zu Neersen. Sommer 1890 zweite theologische Staatsprüfung bestanden, vom 1. Oktober 1890 ab definitive Anstellung als Pfarrer zu Neersen. 1894 zum Stadtpfarrer in Bad Pyrmont erwählt und bestätigt. Vom 1. Juli 1894 ab dort im Amte. Im Laufe desselben Jahres zum geistlichen Mitgliede des Kreisschulvorstandes und der Kreisarmendirektion berufen. Am 14. August 1897 freiwillige Amtsniederlegung. Von Michaelis 1897 an Studium der Medicin in Kiel und Berlin. Ärztliche Vorprüfung bestanden Anfang Mai 1899. Beginn des medizinischen Staatsexamens am 3. Dezember 1901, Beendigung desselben am 14. Juli 1902. Am 1. Oktober 1902 Niederlassung in Berlin als praktischer Arzt.

Akademische Lehrer: Die Herren Geheimräte, Professoren und Dozenten:

In Kiel: Brandt, Claisen, Doehle, Ebert, Fischer, Flemming, Glävecke, Heller, Hensen, Hölscher, Hoppe-Seyler, Lenard, Lohmann, Meves, Petersen, Reinke, Schneidemühl, Graf v. Spee, v. Starck, Werth.

In Berlin: Baginsky, Bennecke, v. Bergmann, Gebhard, Gerhardt (†), Goldscheider, Greeff, Hertwig, Israel, Jolly, Jürgens, Koblanck, König, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Nagel, Olshausen, Pels-Leusden, Rubner, Schweninger, Senator, Strassmann, Strauss, Westphal.

Allen diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern herzlichsten Dank!
